

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Željka Dvorski Cifrek

POMOČ OTROKU S HIPERKINETIČNO MOTNJO
diplomsko delo

**HELPING A CHILD WITH ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER**
diploma work

Mentorica: pred. Martina Bizjak

Recenzent: viš. pred. Robert Sotler

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Martini Bizjak za strokovne nasvete in pomoč pri pisanju diplomskega dela ter recenzentu Robertu Sotlerju za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala lektorici Ireni Žunko, profesorici slovenskega jezika.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna za moralno in finančno podporo ter sodelavcem za spodbudo v času študija in nastajanju diplomskega dela.

Posebna zahvala partnerju, otrokoma in vsem prijateljem, ki so mi stali ob strani in verjeli vame.

IZVLEČEK

Uvod: Hiperkinetična motnja velja za najpogostejšo motnjo, ki ovira psihosocialno funkcionalnost v razvojnem obdobju otroka. Izraža se s tremi osnovnimi simptomi: znižano pozornostjo, hiperaktivnostjo in impulzivnostjo. Za nastanek motnje je odgovoren preplet genetskih in okoljskih dejavnikov. Polovica otrok s hiperkinetično motnjo ima vsaj enega od staršev s to motnjo. Simptomi motnje vplivajo na otrokovo celostno funkcioniranje, tako na kognitivnem, akademskem, emocionalnem, socialnem in vedenjskem področju. Hiperkinetična motnja prizadene 3–5 % šolske populacije. Kompleksnost težav, ki jih prinaša motnja, nas spodbuja k raziskovanju učinkovitih načinov pomoči otroku in njegovi družini. **Namen:** Namen diplomskega dela je predstaviti različne oblike pomoči otroku s hiperkinetično motnjo in njegovi družini. Prav tako je namen raziskati vlogo medicinske sestre pri nujenju pomoči. **Metode dela:** V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela. Literatura je bila iskana s pomočjo digitalnih knjižničnih baz. **Rezultati:** Učinkoviti načini pomoči otroku s hiperkinetično motnjo so psihosocialni pristopi v družinskem in šolskem okolju, zdrav življenjski slog ter sočasno zdravljenje z zdravili pri težje izraženi motnji. Družine otrok s hiperkinetično motnjo imajo znatno višjo raven družinske disfunkcije. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri nujenju pomoči otroku s hiperkinetično motnjo in njegovi družini. **Razprava in zaključek:** Psihosocialni pristopi v družinskem in šolskem okolju ne zmanjšujejo samo simptomov hiperkinetične motnje. Pomagajo otrokom in staršem razviti veščine za spopadanje s težavami, na katere se lahko oprejo. Usmerjeni so tudi v kvaliteto življenja. Pri hujšem poteku simptomov se priporoča farmakološko zdravljenje, ki se pogosto zavrača zaradi nezaupanja staršev in stranskih učinkov. Motnja pomembno vpliva na družinsko življenje in odnose med družinskimi člani. Pomoč medicinske sestre mora biti usmerjena v otroka, starše in druge družinske člane ter v vzpostavitev in ohranjanje dobrih medsebojnih odnosov. Medicinske sestre morajo okolico ozaveščati o motnji in tako vplivati na zmanjševanje stigme. Ravno tako naj bo njeno delovanje usmerjeno k spodbujanju zdravega načina življenja.

Ključne besede: motnje pozornosti, otroci, družina, pomoč, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: The attention deficit hyperactivity disorder is considered the most common disorder that impedes psychosocial functionality in the child's developmental period. It is characterised by three basic symptoms: reduced attention, hyperactivity and impulsiveness. The interplay of genetic and environmental factors is responsible for the occurrence of the disorder. Half of children with attention deficit hyperactivity disorder have at least one parent with this disorder. Symptoms of disorder affect the child's overall functioning in the cognitive, academic, emotional, social and behavioural fields. The attention deficit hyperactivity disorder affects 3-5% of the school population. The complexity of the problems caused by the disorder encourages us to explore effective ways to help the child and his family. **Purpose:** The purpose of the thesis is to present various forms of assistance to a child with attention deficit hyperactivity disorder and his family. Moreover, its purpose is to investigate the role of a nurse in providing assistance. **Methods of approach:** In the thesis, the descriptive method of approach was used. Literature was sought through digital library databases. **Results:** Effective ways to help a child with attention deficit hyperactivity disorder are psychosocial approaches in family and school environments, a healthy lifestyle and simultaneously treatment with medicines in a more severe disorder. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder have a significantly higher level of family dysfunction. A nurse plays an important role in helping the child with attention deficit hyperactivity disorder and his family. **Discussion and conclusion:** Psychosocial approaches in the family and school environments do not only reduce the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. They help children and parents to develop skills to cope with problems, on which they can rely. They are also focused on the quality of life. In more severe course of symptoms, pharmacological treatment is recommended, which is often rejected due to parents' distrust and side effects. The disorder has a significant impact on family life and relationships between family members. The help of a nurse should be focused on the child, parents and other family members and on the establishment and maintenance of good interpersonal relationships. Nurses should raise awareness about the disorder and thus reduce the stigma. Moreover, their activity should focus on encouraging a healthy lifestyle.

Keywords: attention deficit, children, family, help, nurse

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Hiperkinetična motnja pri otrocih.....	2
2	NAMEN	4
3	METODE DELA.....	5
4	REZULTATI.....	6
4.1	Učinkoviti pristopi pomoči	6
4.1.1	Psihosocialni pristopi v družini	7
4.1.2	Psihosocialni pristopi v šolskem okolju	8
4.1.3	Zdravljenje z zdravili.....	9
4.1.4	Spremembe življenjskega sloga.....	10
4.2	Težave družin otrok s hiperkinetično motnjo	12
4.3	Vloga medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku s hiperkinetično motnjo in njegovi družini.....	14
5	RAZPRAVA.....	18
6	ZAKLJUČEK.....	23
7	LITERATURA.....	24

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji.	5
Tabela 2: Seznam avtorjev vključenih v analizo učinkovitih pristopov pomoči otroku z ADHD.	6
Tabela 3: Seznam avtorjev, vključenih v analizo težav družin otrok z ADHD.	12
Tabela 4: Seznam avtorjev, vključenih v analizo vloge medicinske sestre pri nudenju pomoči otroku z ADHD in njegovi družini.	14

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Motnja pozornosti s hiperaktivnostjo
HKM	Hiperkinetična motnja
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
MKB-10	Mednarodna klasifikacija bolezni
WHO	World Health Organization – Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) opredeljuje duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, ki posamezniku omogoča, da uresniči svoje potenciale, se spoprijema z vsakodnevnimi življenjskimi obremenitvami, produktivno in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (WHO, 2014).

Dobro duševno zdravje otrokom in mladostnikom omogoča optimalno psihološko počutje in delovanje, občutek identitete in vrednosti, dobre družinske in medvrstniške odnose. Omogoča večjo produktivnost, učenje, obvladovanje izzivov in psihosocialno rast (WHO, 2005). Na duševno zdravje vpliva odnos med okoljem in posameznikom. Lastnosti posameznika, družine, skupnosti, države, politike, kakovost vsakodnevnega življenja soodločajo o duševnem zdravju ali ne zdravju (Mikuš Kos, 2017a).

Hiperkinetična motnja (HKM) velja za najpogostejšo motnjo, ki ovira psihosocialno funkcionalnost v razvojnem obdobju otroka (Pregelj et al., 2013). V Sloveniji je uveljavljen izraz HKM, medtem ko se v svetu za skupino motenj s tega področja najpogosteje uporablja izraz motnja pozornosti in koncentracije s hiperaktivnostjo ali brez nje (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD) (Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, 2017).

V Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) so merila za HKM strožja v primerjavi s klasifikacijo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5), ki govori o ADHD. Otroci in mladostniki (otroci), ki izpolnjujejo merila za HKM, izpolnjujejo tudi merila za ADHD (Belec, 2016).

V tuji strokovni literaturi se pojavlja izraz ADHD, v slovenski pa najpogosteje izraz HKM. Ker je v analizo bila vključena predvsem tuja strokovna literatura, bomo v nadaljevanju uporabljali izraz ADHD.

V diplomskem delu se bomo omejili na težave, ki jih prinaša ADHD pri otroku ter učinkovite načine pomoči. Predstavili bomo težave, s katerimi se soočajo družine otrok z ADHD, ter vlogo medicinske sestre pri nudenju pomoči tako otroku kot njegovi družini.

1.1 Hiperkinetična motnja pri otrocih

ADHD je nevropsihiatrična razvojna motnja. Izraža se s tremi osnovnimi simptomi: znižano pozornostjo, hiperaktivnostjo in impulzivnostjo. Znaki hiperaktivnosti se kažejo z neprestanim fizičnim gibanjem in mrcanjenjem, neprestanim govorjenjem z nepovezanim prehajanjem s teme na temo, površinskim poslušanjem sogovornika. Ob impulzivnosti je prisotno prehitro odzivanje v obliki dejanj in besed, brez predvidevanja in upoštevanja možnih posledic, skakanje v besedo, nepotrpežljivost. Posledica nepozornosti pa so težave pri poslušanju in pomnjenju informacij, zadrževanju in usmerjanju pozornosti, dokončanju nalog (NIJZ, 2017).

Za nastanek motnje je odgovoren preplet genetskih dejavnikov in dejavnikov okolja. Polovica otrok z ADHD ima vsaj enega od staršev s to motnjo. Pri sorojencih je tveganje za razvoj motnje 2–3-krat večje kot v ostali populaciji. Med dejavniki okolja so neurejeno družinsko okolje, nedonošenost in drugi neugodni perinatalni dejavniki ter neugodni okoljski vplivi. ADHD prizadene 3–5 % šolske populacije. Pogostejša je pri dečkih (3 : 1), oblika z izolirano motnjo pozornosti pa je pogostejša pri deklicah (Anderluh, 2014a). Nedavne raziskave kažejo, da se pri deklicah motnja pogosto kaže drugače kot pri dečkih in je zaradi tega večkrat neprepoznana ali neustrezno opredeljena (Rotvejn Pajič, 2015).

Simptomi motnje vplivajo na otrokovo celostno funkcioniranje, tako na kognitivnem, akademskem, emocionalnem, socialnem in vedenjskem področju (Dajčman, 2015). Otroci s tovrstno motnjo so praviloma manj uspešni v šoli, izstopajo v svojem vedenju in so pogosto tarča kritik učiteljev, staršev in vrstnikov (Gregorič Kumperščak, 2016). Pogosto so prisotne tudi specifične učne težave, kot so disleksija, diskalkulija ali disgrafija, ki se lahko ne prepoznajo zaradi osredotočanja na otrokovo moteno vedenje. Vendar pa vsi otroci z ADHD nimajo očitnih težav z učenjem ali vedenjem (Laver-Bradbury, 2011).

Otroci z ADHD so pogosteje izločeni iz skupine sovrstnikov. Narava motnje jim onemogoča upoštevanje pravil, osredotočenost na igro, se hitro in neustrezno odzivajo. Zaradi tega so tudi lahko neuspešni pri skupinskih športih, medtem ko so pri individualnih športih lahko izjemno uspešni. Razvijejo slabo samopodobo, začnejo se umikati iz družbe (Gregorič Kumperščak, 2016).

Pri otrocih z ADHD so pogosto sočasno prisotne tudi druge duševne motnje, kot so anksiozne motnje, depresija, specifične učne težave, govorne in jezikovne motnje in

vedenjske težave. Motnja vpliva na družinsko obremenjenost, predstavlja pomemben dejavnik tveganja za razvoj vedenjskih motenj, delinkventnega in asocialnega vedenja (Anderluh, 2014b).

Zelo pomembno je zgodnje odkrivanje znakov ADHD in posledičnih specifičnih potreb otroka po nujenju znanih učinkovitih oblik pomoči, kot so vzgojna pomoč staršem, pomoč otroku na šibkih področjih ter po potrebi tudi farmakološko zdravljenje (Anderluh, 2014b). K boljšemu izidu in premagovanju težav bistveno pripomoreta pravočasna prepoznavna ter strokovna pomoč (Rotvejn Pajič, 2015).

Raziskave kažejo, da pri eni tretjini otrok težave s pozornostjo in nemirnostjo postopoma izzvenijo, v mladostništvu in adolescenci jih ni mogoče izslediti. Prav ti otroci so pogosto zelo priljubljeni in zelo uspešni. Pri drugi tretjini otrok se lahko razvijejo druge težave, kot so agresivne in odklonske oblike vedenja – tudi v odrasli dobi so lahko otroci iz te skupine nemirni, pogosto nestrpni, konfliktni in radi tvegajo. Pri zadnji tretjini otrok pa se pokaže nekoliko izboljšanje stanja proti koncu adolescence. Težave s pozornostjo in nemirnostjo pa v manjši obliki prenesejo tudi v odraslo dobo, vendar se kot odrasli naučijo živeti s temi težavami in jih bolj ali manj uspešno obvladujejo (Rotvejn Pajič, 2015).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pregledom strokovne domače in tuje literature predstaviti različne oblike pomoči otroku z ADHD in njegovi družini. Prav tako je namen raziskati vlogo medicinske sestre pri nujenju pomoči.

Cilj diplomskega dela je odgovoriti na raziskovalna vprašanja:

- Kateri so učinkoviti pristopi pomoči otroku z ADHD?
- S katerimi težavami se srečujejo družine otrok z ADHD?
- Kakšna je vloga medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku in njegovi družini?

3 METODE DELA

Pri izdelavi diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje strokovne literature. Literatura je iskana s pomočjo bibliografskega servisa COBISS.SI ter v bibliografskih bazah CINAHL in MEDLINE v obdobju od junija 2017 do decembra 2017. Ključne besede, ki smo jih uporabili za iskanje, so bile motnje pozornosti, otroci, družina, pomoč, medicinska sestra. V angleškem jeziku pa attention deficit, children, family, help, nurse. Različne kombinacije ključnih besed so bile sestavljene s pomočjo Boolovih operaterjev IN/AND in NE/NOT. Uporabljeni so bili tudi drugi spletni viri.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji.

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Celotno besedilo s prosto dostopnim izvlečkom	Kratka poročila
Članki, objavljeni med 2008 in 2017	Starejši od 10 let, razen 1 vira
Slovenski, angleški in hrvaški jezik	Drugi jeziki
Hiperkinetična motnja pri otrocih	Hiperkinetična motnja pri odraslih

Prvi pregled člankov smo naredili na podlagi ustreznosti naslova glede na obravnavano tematiko, končni izbor člankov pa po vsebinskem pregledu izvlečkov.

V bibliografskem servisu COBISS.SI je bilo najdenih 282 zadetkov, na osnovi ustreznosti naslova je bilo izbranih 47 enot, od katerih je v rezultatih dela uporabljeno 9 del. V bibliografski bazi CINAHL je bilo najdenih 616 zadetkov, na osnovi ustreznosti naslova je bilo izbranih 59 člankov, po končnem pregledu izvlečkov je uporabljeno 6 člankov. V bibliografski bazi MEDLINE je bilo najdenih 724 zadetkov, na osnovi ustreznosti naslova in po pregledu izvlečkov je uporabljeno 20 člankov. Skupno je v analizo vključenih 35 člankov.

4 REZULTATI

Prvo raziskovalno vprašanje se nanaša na učinkovite pristope pomoči otroku z ADHD. V tabeli 2 so prikazani avtorji posameznih člankov, vključenih v končno analizo.

Tabela 2: Seznam avtorjev vključenih v analizo učinkovitih pristopov pomoči otroku z ADHD.

Učinkoviti pristopi pomoči	Avtor
Psihosocialni pristopi v družini	Golden et al., 2017; Belec, 2016; Rotvejn Pajič, 2015; Anderluh, 2014b; Daley et al., 2014; Smitha et al., 2014; Maček, Anderluh, 2011; Beganovič et al., 2011.
Psihosocialni pristopi v šolskem okolju	Rotvajn Pajič, 2015; Anderluh, 2014b; Voogd, 2014; Dolgun et al., 2014; Pulec Lah, 2013; Laver-Bradbury, 2012; Pulec Lah, Rotvejn Pajič, 2011; Beganovič et al., 2011; DuPaul et al., 2011.
Zdravljenje z zdravili	Gregorič Kumperščak, 2016; Belec, 2016; Nafees et al., 2014; Moen et al., 2015; Anderluh, 2014b.
Spremembe življenjskega sloga	Belec, 2016; Cortese et al., 2016; Rotvajn Pajič, 2015; Heilskov Rytter et al., 2015; Cerrillo-Urbina et al., 2015; Lycett et al., 2014; Nigg, 2013; Sonuga-Barke et al., 2013; Cortese et al., 2013; Smith et al., 2013; Erhart et al., 2012.

V nadaljevanju bomo predstavili učinkovite pristope pomoči: psihosocialne pristope v družini in v šolskem okolju, zdravljenje z zdravili ter spremembe življenjskega sloga.

4.1 Učinkoviti pristopi pomoči

Raziskave kažejo, da je pri otrocih z ADHD najučinkovitejši celostni pristop pomoči. Vključuje kombinacijo bioloških, psiholoških, pedagoških in socioloških pristopov. Pri tem sodelujejo različni strokovnjaki (zdravniki, psihologi, psihiatri, socialni delavci, šolski svetovalni delavci), ki v timskem sodelovanju usklajujejo različne oblike pomoči. Pomoč je usmerjena v vse oblike otrokovega življenja, v otroka samega kot tudi v njegovo šolsko in domače okolje ter medosebne odnose z drugimi (Rotvejn Pajič, 2015).

4.1.1 Psihosocialni pristopi v družini

Otrok z ADHD potrebuje strukturirano, predvidljivo in stanovitno družinsko okolje. Trdno postavljeni okvirji vsakodnevnih dejavnosti ugodno vplivajo na zmanjšanje otrokovega notranjega nemira (Beganovič et al., 2011).

Psihoedukacija je prvi in osnovni korak zdravljenja hiperkinetične motnje, začetek odnosa med otrokom, terapevtom in starši oz. drugimi, ki so neposredno vključeni v proces zdravljenja. Pri mlajših otrocih poteka psihoedukacija posredno preko staršev, starejši otroci pa so vključeni v individualno ter pretežno ciljno orientirano skupino. Psihoedukacija pomaga pri razumevanju in sprejemanju motnje ter aktivnem sodelovanju v procesu zdravljenja (Belec, 2016). Poleg psihoedukacije so najpogostejši psihološki pristopi še svetovanje in različne oblike psihoterapij, ki so lahko usmerjene v samega otroka, starše ali delovanje otroka v šoli (Rotvejn Pajič, 2015).

Med psihološkimi ukrepi so najbolj uveljavljene in z dokazi podprte različne vedenjske in kognitivne tehnike, katerih cilj je doseči boljši samonadzor ter vzpostaviti samoregulacijo. Ukrepi so usmerjeni v obvladovanje glavnih simptomov, kot sta neorganiziranost in nepozornost, ter v obvladovanje pridruženih težav, kot so težave pri vključevanju v vrstniško skupino, obvladovanje jeze, tesnobe, težave s spanjem (Rotvejn Pajič, 2015).

Vedenjska terapija kot dokazano učinkovito nefarmakološko zdravljenje otrok z ADHD zajema intervencije, namenjene staršem, učiteljem in otroku. V svetu so v zadnjih letih razvili 6–12-tedenske programe izobraževanja in treninga starševstva. Programi zajemajo učenje praktičnih vzgojnih načel in komunikacije. Usmerjeni so v spodbujanje otrokovega sodelovanja in zmanjševanje motečega, neprimernega vedenja (Maček, Andreluh, 2011). Učinkovitost programov je bila večkrat dokazana v kontroliranih dvojno slepih terapevtskih raziskavah (Anderluh, 2014b).

Vedenjske intervencije s pomočjo zunanjih meril omogočajo vplivanje na vedenje – jasna navodila, pravila, posledice, pogojevanje, doslednost vzgojnih postopkov. Pri tem je treba najprej jasno in natančno opredeliti vedenjsko težavo ter vnaprej določiti specifične posledice ob pojavu teh težav, ki pa morajo biti takojšnje. Ključna sta doslednost in konsistentnost staršev ter učiteljev. Vedenjske intervencije v širšem smislu so primerne pri katerikoli starosti. Vplivajo na zmanjšanje pridruženih vedenjskih težav (Belec, 2016). Rezultati randomizirane študije, ki so jo opravili Daley in sodelavci (2014), kažejo na

signifikantno zmanjšanje simptomov ADHD pri otrocih po 6-tedenskem obiskovanju treninga starševstva. Intervencije samopomoči so prispevale tudi k izboljšanju duševnega zdravja staršev ter izboljšanju interakcije med starši in otroki (Daley et al., 2014).

Otroci z ADHD imajo pogosto slabe družinske odnose, slabe socialne spretnosti in odnose z vrstniki. Socialne spretnosti so opisane kot vedenje in veščine, ki so potrebne za razvoj in vzdrževanje konstruktivnih družbenih odnosov (Smitha et al., 2014). Dobra pomoč otroku z ADHD je učenje socialnih veščin, reševanja konfliktov v medosebnih odnosih, spodbujanje in pomoč pri razvijanju prijateljstev, zmanjševanje asocialnega in neželenega vedenja (Anderluh, 2014b).

Smitha in sodelavci (2014) so naredili raziskavo pri 31 otrocih z ADHD, ki so bili stari med 7 in 10 let. Otroci so se udeležili 10-tedenskega skupinskega treninga socialnih veščin. V svoji raziskavi ugotavljajo, da rezultati skupinskih treningov socialnih veščin pri otrocih z ADHD nakazujejo znatno zmanjšanje čustvenih težav ter obvladovanje težav s hiperaktivnostjo. Menijo, da je pomemben rezultat učenja socialnih veščin tudi prosocialno vedenje. Starši otrok, ki so se udeležili treninga, so poročali o znatnem izboljšanju vedenja v domačem okolju ter manj pritožb s strani učiteljev. Menijo, da lahko otroke z učenjem socialnih veščin naučimo funkcioniranja z manj agresivnosti in impulzivnosti, kontroliranja jeze in družbeno sprejemljivega vedenja.

Kot del celostne pomoči otrokom z ADHD so treningi socialnih veščin v Sloveniji dobro uveljavljeni v klinični praksi. Ponekod so pa slabše dostopni. Izvajajo se tudi v okviru intenzivnejših in daljših programov. Takšen primer je »Šola zdravega odraščanja« v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna (Belec, 2016).

4.1.2 Psihosocialni pristopi v šolskem okolju

V primerjavi z vrstniki so otroci z ADHD učno manj uspešni. Potrebujemo zgodnjo pomoč in individualne prilagoditve glede na specifične težave, potrebe, šibkosti ter njihova močna področja. Psihosocialni pristopi v šoli obsegajo psihoedukacijo za pedagoge, stalno in usklajeno sodelovanje med starši in šolo, prilagoditve v učnem okolju, jasno organizacijo dela ter ustrezne oblike in metode dela (Rotvajn Pajič, 2015).

Intervencije, namenjene učiteljem, zajemajo seznanjanje in učenje uporabnih strategij za izboljšanje otrokovega funkcioniranja v šolskem okolju. Poučenost učitelja o motnji in uporabnih pristopih pri delu z otroki z ADHD je spodbuda za uporabo vedenjskih intervencij znotraj razreda. Priporoča se tudi uporaba intervencij usmerjenih v izboljšanje otrokovega odnosa z vrstniki (Anderluh, 2014b).

Za načrtovanje individualizirane poučevalne prakse učencev z ADHD je potrebno poznavanje narave ADHD, poznavanje ustreznih poučevalnih pristopov ter možnost podpore šolske svetovalne službe (Pulec Lah, 2013). Simptomi ADHD lahko otežijo učenje, potrebne so prilagoditve pri učnem procesu in dejavnostih, preizkusiti je treba različne učne metode (Voogd, 2014).

Laver-Bradbury (2012) pravi, da se učenci z ADHD bolje odzovejo na aktivno učenje in eksperimentiranje, vendar morajo nenehno trenirati. Pomembno vodilo, kot navajata Pulec Lah in Rotvejn Pajič (2011), je zagotoviti otroku toliko podpore in pomoči, kot ju potrebuje za optimalno uporabo ter izkazovanje svojih potencialov. Podporo je treba ustrezno zmanjševati z večanjem otrokove samostojnosti in organiziranosti.

Ustrezni vzgojni pristopi in učna pomoč staršev pomagajo pri obvladovanju disciplinskih in delovnih zahtev šole. Otroku je treba omogočiti razvijanje na področjih, kjer dosega zadovoljive uspehe, s čimer se zmanjšuje negativen vpliv šolskih neuspehov (Beganovič et al., 2011). Starše je treba spodbujati, da otroku omogočijo razvoj interesov, pri katerih bo uspešen, ker to krepi njegovo samopodobo. Namesto da otroci sodelujejo v dejavnostih, v katerih doživljajo občutek nezadostnosti, jim je treba omogočiti dejavnosti, ki bodo povečale njihovo samopodobo in poudarile njihove močne točke (Dolgun et al., 2014).

Uporaba dnevni poročil lahko spodbudi komunikacijo med domom in šolo, v domačem okolju spodbuja uporabo strategij s strani staršev za vedenje, ki je bilo opazovano med šolskim dnevom (DuPaul et al., 2011).

4.1.3 Zdravljenje z zdravili

Zdravljenje ADHD z zdravili se uvede, če drugi ukrepi niso dovolj. Prilagojeno je posameznemu otroku. Zdravilo znižuje simptome motnje ter omogoči otroku boljše sprejemanje ostalih oblik pomoči, ki jih sčasoma vgradi v strategijo obvladovanja svojih

težav. V Sloveniji imamo na razpolago dve skupini zdravil. Prva skupina so psihostimulansi (metilfenidat), druga skupina pa inhibitorji ponovnega prevzema noradrenalina (atomoksetin). Pri izbiri zdravila se upoštevajo individualne značilnosti otroka in značilnosti družine. Zdravljenje z zdravili je le del obravnave in pomoči, ki jo je deležen otrok z ADHD (Gregorič Kumperščak, 2016). Pri predšolskih otrocih ni priporočeno (Anderluh, 2014b).

Zdravila zmanjšujejo izraženost osnovnih simptomov, bistveno pa ne vplivajo na pridružene težave, kot so neorganiziranost, slabe socialne veščine. Pri nekaterih posameznikih zdravila ne povzročajo terapevtskega učinka, nekateri jih slabše prenašajo (Belec, 2016).

Nafees in sodelavci (2014) so v svoji raziskavi ugotavljali dejavnike, ki pomembno vplivajo na odločitev staršev za zdravljenje z zdravili v šestih evropskih državah. Na zavračanje zdravila v veliki meri vplivajo neželeni učinki jemanja zdravil za ADHD. V raziskavi je 19–35 % staršev treh držav (Španije, Francije in Italije) poročalo o bruhanju kot neželenem učinku jemanja zdravil. Prav tako so poročali o visokih stopnjah motenj spanja (41 % mladostnikov, 45 % otrok) ter izgubi apetita (46 % mladostnikov, 43 % otrok).

Moen in sodelavci (2015) v svoji raziskavi ugotavljajo, da starši otrok z ADHD, ki uporabljajo zdravila, poročajo o manj problematičnem vedenju otroka in boljši družinski funkciji kot starši otrok z ADHD, ki zdravil ne uporabljajo.

4.1.4 Spremembe življenjskega sloga

ADHD posameznika prizadene na vseh področjih vsakodnevnega življenja, pomembno vpliva na oblikovanje nezdravih prehranskih navad, prihaja do pomanjkanja telesne aktivnosti in do težav s spanjem. To pa povratno vpliva na kakovost življenja in potek motnje (Belec, 2016). Otroci z ADHD so lahko tudi ogroženi zaradi zdravstvenih težav, vključno s slabšim fizičnim zdravjem, težavami s spanjem in telesnimi poškodbami (Nigg, 2013). Vse več raziskav kaže na to, da imajo otroci z ADHD večje tveganje za prekomerno telesno težo v primerjavi s kontrolnimi skupinami otrok brez ADHD (Erhart et al., 2012), še posebej nezdravljeni otroci (Cortese et al., 2016). Prav tako Peasgood in sodelavci (2016) navajajo, da motnja zmanjšuje kakovost življenja, povezano z zdravjem, otroci imajo manj spanca, so manj zadovoljni s svojo družino in kvaliteto družinskega življenja.

Heilskov Rytter in sodelavci (2015) so opravili sistematičen pregled vseh študij o dietnih intervencijah pri otrocih z ADHD. Skupno so identificirali 52 študij. V 20 študijah so se ukvarjali z vprašanjem, ali se lahko simptomi ADHD izboljšajo z izogibanjem nekaterim prehranskim elementom, v 32 študijah z vprašanjem, ali nekatere sestavine v živilih lahko zmanjšajo simptome ADHD. Ugotovili so, da so restriktivne diete in dodajanje ribjega olja najbolj obetavni dietni posegi za zmanjševanje simptomov ADHD pri otrocih. Vendar menijo, da so študije o obeh načinih zdravljenja pomanjkljive in je treba opraviti bolj podrobne študije pred uvedbo dietnih intervencij, ki so ena izmed možnih oblik zdravljenja ADHD.

Restriktivne diete slonijo na predpostavki, da so nekateri otroci z ADHD preobčutljivi na določene sestavine v hrani (konzervansi, umetna barvila ...) in da nekatera živila povzročajo hiperaktivnost (sladkor). Z izločitvijo iz prehrane naj bi se simptomi ADHD uspešno zmanjšali. Kontrolirane raziskave pa so pokazale, da se izboljša stanje pri osebah s preobčutljivostjo na omejena živila, pri drugih pa ne (Sonuga-Barke et al., 2013).

Rotvejn Pajič (2015) meni, da je treba poskrbeti za zdravo in uravnovešeno prehrano otrok z ADHD, zmanjševati slane in sladke prigrizke ter nenaravne napitke in spodbujati uporabo vode, ki ugodno vpliva na zbranost, učenje, razpoloženje. Priporoča postopno uvajanje sprememb v prehrani. Navaja, da nekatera opažanja staršev ter nekatere raziskave potrjujejo, da določene snovi v hrani povečujejo vznemirjenost in prekomerno aktivnost (sladkor, umetna sladila, barvila, bela moka).

Pri otrocih z ADHD se pogosteje pojavljajo težave s spanjem, vključno s težavami pri spanju in vzdrževanju spanja (Cortese et al., 2013). Analizo teoretičnih težav v zvezi z vedenjskim vzorcem spanja, vrsto težav s spanjem in povezane dejavnike tveganja oziroma zaščite so Lycett in sodelavci (2014) preučevali na skupini 195 otrok z ADHD, starih med 5 in 13 let. Pri teh otrocih so težave s spanjem nihale več kot 12 mesecev, pri 10 % otrok so vztrajale še naprej. Kot dejavniki tveganja za vztrajne in prehodne težave s spanjem so se pokazali simptomi ADHD pri starših in slabše duševno zdravje staršev. Belec (2016) navaja, da je treba težave s spanjem obravnavati individualno, poiskati moramo vzrok motnje spanja. Higiena spanja je osnovni ukrep, neodvisno od vzroka motenj spanja. Ta pa vključuje stalen čas uspanja, pred stanjem sproščujoč ritual, priporočeno količino spanja, izogibanje elektronskim napravam pred spanjem ipd.

Cortese in sodelavci (2013) navajajo, da rezultati študij pri tipično razvijajočih se otrocih kažejo ugodne učinke vadbe na številne nevrokognitivne funkcije, za katere se je izkazalo, da so oslABLJENE pri otrocih z ADHD. Menijo, da ti podatki zagotavljajo močno utemeljitev, zakaj bi programi strukturiranih telesnih vaj lahko služili kot učinkovita intervencija za otroke z ADHD. Prav tako Smith in sodelavci (2013) navajajo, da fizična aktivnost povezuje duševno zdravje in nevrokognitivno funkcijo, ki kaže potencial za obravnavo simptomov ADHD. Kot predhodno oceno tega potenciala so preizkusili predšolsko telesno dejavnost pri majhnih otrocih z ADHD. Izvajali so približno 26 minut neprekinjene zmerne do močne telesne aktivnosti dnevno, osem šolskih tednov. Starši, vzgojitelji in izvajalci raziskovanja so poročali o splošnem izboljšanju simptomov pri večini otrok.

Cerrillo-Urbina in sodelavci (2015) so ugotovili, da je kratkotrajna aerobna vadba, ki temelji na več aerobnih intervencijskih oblikah, učinkovita za ublažitev simptomov, kot so motnje pozornosti, hiperaktivnost, impulzivnost, anksioznost, izvršilna funkcija in socialne motnje pri otrocih z ADHD. Belec (2016) meni, da je smiselno redno in sprotno spremljanje telesne aktivnosti pri vseh otrocih z ADHD ter spodbujanje k redni, načrtovani in strukturirani telesni vadbi.

4.2 Težave družin otrok s hiperkinetično motnjo

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo se osredotočili na težave, s katerimi se soočajo družine otrok z ADHD. Tabela 3 predstavlja rezultate iskanja člankov z omenjenega raziskovalnega področja.

Tabela 3: Seznam avtorjev, vključenih v analizo težav družin otrok z ADHD.

	Avtor
Težave družin otrok z ADHD	Mikuš Kos, 2017b; Laughsen, 2017; Daley et al., 2014; Moen et al., 2014a; Agha et al., 2013; Moen et al., 2011; Foley, 2011.

Starši so glavni vir pomoči otroku in delujejo kot varovalni dejavnik. So najbolj pomembne osebe za otrokovo življenje in razvoj. Mlajši je otrok, bolj je odvisen od staršev in večja je njihova vloga v procesu pomoči. Starši dajo podatke o otroku, uvid v otrokov način življenja,

družinske strategije obvladovanja težav, poročila o napredku v terapiji. Za uspešno sodelovanje s starši je nujno vzpostavljane terapevtskega odnosa, zaupanja, izražanje spoštovanja do njihovih izkušenj z otrokom, izkazovanje razumevanja za težave, obremenitev v vzgojnem procesu ter življenjske okolščine (Mikuš Kos, 2017b).

Biti starš otroku z ADHD je zapletena in težka naloga. Zahteva notranjo silo za spoprijemanje z vsakodnevnimi izzivi. Starši otrok z ADHD se pogosto sprašujejo o svojih sposobnostih in moči pri vzgoji otrok, kako so videti v očeh drugih. Medtem ko se matere nagibajo k skrbi, očetje sprejemajo strategijo »čakati in videti«. Lahko imata tudi drugačen pogled na težavo in razvoj otroka. Občutek nemoči lahko povzročajo nenehni izzivi, povezani z otrokovim obnašanjem, kot so nemir, pomanjkanje koncentracije in zmožnosti nadzora impulzivnega vedenja. Včasih skupna prizadevanja pri vzpostavitvi meja, preusmeritvah in uporaba strategij, kot so sistemi nagrajevanja, ne delujejo. Vsakdanji položaj se lahko obrne navzdol (Moen et al., 2011).

Laughsen (2017) v svoji raziskavi opisuje razrahljano stabilnost vsakdanjega življenja družine otroka z ADHD, njeno ranljivost. Opiše jo kot rušenje hiše iz kart. Spremembe, ki vplivajo na otroka z ADHD, vplivajo na celotno družino. Starši si prizadevajo ohraniti nadzor nad svojim življenjem z uporabo različnih strategij. Kljub temu občasno izgubijo nadzor nad vedenjem otroka, kar jim lahko povzroča občutke frustracije in brezupnosti. Nenehne skrbi zaradi funkcioniranja in vedenja otroka izčrpavajo celotno družino. Poleg tega se nekatere družine soočajo s finančnimi težavami, drugimi somatskimi ali duševnimi zdravstvenimi težavami. Starši menijo, da njihova skrb ni vedno slišana, zanašajo se na ljudi, ki nimajo vpogleda v njihovo družinsko situacijo. Na splošno je slika vsakdanjega življenja krhka in nepredvidljiva, ustvarja potrebo po pomoči različnih sistemov in strokovnjakov.

Vsaj četrtnina otrok ima tudi starše z ADHD, ki imajo neustrezne starševske veščine (Daley et al., 2014). Težave z ADHD pri starših kažejo večje tveganje za hujši klinični potek ADHD pri otrocih in višjo raven družinskega konflikta. To pa ima pomembne posledice pri obravnavi strategij zdravljenja in intervencijah (Agha et al., 2013). Zdravljenje staršev je predpogoj za uspešno zdravljenje otrok. Pri zdravljenju staršev je potreben multimodalni pristop, vključno s treningom starševstva, ki bistveno pripomore k zmanjšanju simptomov pri otroku (Daley et al., 2014).

Foley (2011) je v svoji raziskavi primerjala družinske težave in družinsko disfunkcijo znotraj družin, ki so imele otroka z ADHD ter tistih, ki niso imele otroka z ADHD. Rezultati so pokazali, da so družine otroka z ADHD imele znatno višjo raven družinske disfunkcije. Starši otroka z diagnozo ADHD imajo več težav pri ohranjanju družinske organiziranosti in kohezivnosti, ne glede na razpoložljive vire in ekonomsko stanje. Rezultati te raziskave poudarjajo, da vse družine, vključno z družinami z večjimi finančnimi sredstvi, doživljajo pomembno družinsko disfunkcijo in imajo težave pri vzgajanju svojih otrok. Starši, ki se zavedajo družinske disfunkcije, imajo potrebo po podpornih storitvah, ne samo za otroka, temveč za vse družinske člane.

Moen in sodelavci (2014a) poudarjajo, da je za družine otroka z ADHD ključnega pomena, da starši ustvarijo stabilno in strukturirano družinsko okolje, s čimer se izognejo konfliktom v družini in lažje obvladujejo vsakdanje življenje. Prizadevanje v družini okrepi družabnost in zasnuje rast. Velik pomen pripisujejo v družino usmerjenemu pristopu z identifikacijo virov in potreb posameznega člana družine.

4.3 Vloga medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku s hiperkinetično motnjo in njegovi družini

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo se osredotočili na vlogo medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku z ADHD in njegovi družini. Tabela 4 predstavlja rezultate iskanja člankov iz omenjenega raziskovalnega področja.

Tabela 4: Seznam avtorjev, vključenih v analizo vloge medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku z ADHD in njegovi družini.

	Avtor
Vloga medicinske sestre pri nujenju pomoči otroku z ADHD in njegovi družini	Laughsen, 2017; AlAzzam et al., 2016; Moen et al., 2014b; Laver-Bradbury, 2012; Foley, 2011; Moen et al., 2011; Beganovič et al., 2011.

Vlogo medicinske sestre pri zdravljenju otroka z ADHD obravnava predvsem tuja literatura. Zdravstveni sistem v Angliji in nekaterih drugih državah ima sprejet profil šolske medicinske sestre. Šolske medicinske sestre so lahko dragocen vzgojitelj družin in njihovih otrok z ADHD. Lahko so most povezovanja med družinami in zdravstvenim varstvom, saj

številine družine težko sprejmejo, da ima njihov otrok težave v duševnem zdravju. Pri izvedbi programov pomoči je treba upoštevati tudi dejstvo, da je starše strah stigmatizacije in etiketiranja in je treba delovati na področju ozaveščanja, še posebej na področju otroške vedenjske problematike. Izdelajo se lahko kulturno prilagojeni pristopi pomoči otroku, družini in skupnosti. Vloga šolske medicinske sestre je pomembna na področju primarne preventive za učence z ADHD, pri zgodnjem odkrivanju otrok z znaki ADHD kot tudi pri zdravljenju in napotitvi k drugim strokovnjakom. Zgodnje odkrivanje in napotitev pomagata pri procesu zdravljenja. Pomoč otroku in staršem pri premagovanju težav, ki jih prinaša motnja, omogoča otroku vzdrževati optimalno kakovost življenja (AlAzzam et al., 2016).

Prav tako Laver-Bradbury (2012) meni, da šolske medicinske sestre lažje prepoznajo znake ADHD pri otroku. Lahko nudijo podporo in nasvete staršem, otroku in učiteljem ter zagotavljajo povezavo med šolo in zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v nadaljnjo obravnavo otroka. Z zagotavljanjem podpore šolske medicinske sestre v izobraževalnem procesu in zdravstvenih storitvah lahko otrok z ADHD doseže svoj potencial. Tudi Mangle (2011) vidi ključno vlogo šolske medicinske sestre na področju zgodnje identifikacije simptomov ADHD in komunikacije med strokovnjaki.

Na Norveškem medicinske sestre s področja javnega zdravja delujejo v šolski zdravstveni službi. Otroke opazujejo v različnih okoljih: med igro, šolskim poukom, v domačem okolju, v stikih z vrstniki. To jim omogoča dober vpogled v otrokovo funkcioniranje in lažjo prepoznavo v odstopanjih. Hkrati pa medicinska sestra sodeluje z učitelji pri iskanju rešitev za boljše življenje v šoli, zmanjševanje nemira in izboljšanje vzdušja v učilnicah. Včasih so prve in ključne osebe, ki prepoznajo motnjo, komunicirajo s starši in vzpostavijo most do drugih strokovnjakov (Moen et al., 2014b).

Otroku z ADHD sta posebej pomembni družinska podpora in zaščita, zato je starše treba naučiti, s kakšnimi ukrepi otroku olajšajo obvladovanje disciplinskih in delovnih zahtev šole, kako lahko zmanjšajo negativni vpliv neuspehov, kako otroka podprejo na tistih področjih, kjer dosega zadovoljive uspehe. Starši pa so pogosto pri vzgoji povsem nemočni. Pomembno je, da medicinske sestre ne obsojajo staršev, jih sprejemajo, motivirajo in jim dajejo vzgojne napotke (Beganovič et al., 2011).

Medicinske sestre, ki se ukvarjajo z otroki in njihovimi družinami, se morajo zavedati težav, s katerimi se soočajo njihove družine in pri načrtovanju intervencij upoštevati potrebe tako

otroka kot družine. Foley (2011) navaja, da morajo medicinske sestre spodbujati starše, da postanejo zagovorniki svojih otrok in družin. Prav tako jih je treba spodbujati, da poročajo zdravstvenim delavcem o izkušnjah v domačem okolju, kar pomaga pri načrtovanju aktivnosti podpore in boljšem izidu za otroka in družino.

Pomembno je, da odnos med strokovnjaki in starši temelji na zaupanju, spoštovanju in celostni skrbi glede na edinstvenost izzivov in virov vsake družine. Starši poročajo o pomembnosti spoštljivega, razumevajočega odnosa strokovnjakov, ki vidijo dobro v otrocih s tovrstno težavo, družini pomagajo vzpostaviti zaupanja vreden odnos, začutijo podporo in priznanje. Na strokovnjake gledajo kot vzornike pri obravnavi otrok, kot pomembne zaveznike pri premagovanju motečih faz, od njih se učijo, kako določiti omejitve za otroka. Treba se je zavedati, kako ADHD prežema vsak vidik vsakdanjega življenja. Zdravstveni delavci morajo zagotoviti oskrbo z uporabo družinskega pristopa (Laughsen, 2017). Ohranjanje dialoga s starši je ključni dejavnik, medicinske sestre pa se morajo zavedati položaja staršev in začutiti njihove individualne potrebe (Moen et al., 2011).

Beganovič in sodelavci (2011) navajajo priporočila za izvajanje zdravstvene nege pri bolnišnični obravnavi otrok z ADHD:

- prisotnost medicinske sestre v otrokovi bližini,
- vzpostavljanje očesnega stika ob posredovanju informacij,
- podajanje kratkih, jasnih navodil,
- preverjanje, ali otrok razume sporočilo,
- posredovanje informacij na različne načine,
- vsakodnevno utrjevanje sprejemljivega vedenja,
- zahtevanje, da otrok upošteva navodila in zahteve odraslih; upoštevanje pravil se skrbno zabeleži v obliki zaznamkov (pozitivnih in negativnih),
- spremljanje otrokovega vedenja v času šolskih dejavnosti; ob kršenju pravil otroka opozorimo, ob upoštevanju pravil pa nagradimo,
- spodbujanje prijateljskih stikov otroka z njegovimi vrstniki.

Nega, ocena in zdravljenje morajo odražati edinstvenost vsake družine. Zagotoviti je treba svetovanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev, ki se počutijo neprimerno pripravljene, da bi sodelovali z družinami otrok z ADHD (Laughsen, 2017).

5 RAZPRAVA

V tem poglavju bomo sistematično odgovorili na raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili pri ciljnih diplomskega dela.

- Kateri so učinkoviti pristopi pomoči otroku z ADHD?

V literaturi so navedeni različni učinkoviti pristopi pomoči otroku z ADHD. Kot učinkovito zdravljenje štejejo vsi pristopi, ki so hkrati usmerjeni v oblike pomoči staršem pri vzgoji, natančne in dosledno uporabljene prilagoditve v šolskem okolju, pomoč otroku pri njegovih individualnih potrebah ter medikamentozno zdravljenje pri huje izraženih simptomih (Anderluh, 2014b).

Prva in osnovna metoda je psihoedukacija otrok, staršev in učiteljev (Belec, 2016). Gregorič Kumperščak (2016) navaja, da je treba staršem in učiteljem posredovati informacije o motnji in ravnanju z otrokom. Prav tako jim lahko ponudimo literaturo o motnji. Belec (2016) pravi, da sta poznavanje motnje in njeno sprejetje pomembna v nadaljnjem procesu zdravljenja. Nasprotno, nerazumevanje motnje s strani staršev, njihova nestrpnost, nepredvidljivost in nestrukturiranost družinskega okolja, v katerem se otrok ne znajde, deluje rušilno na družinske odnose. Ker neredko starši pripisujejo težave svoji slabi vzgoji (Koerting, 2013; Beganovič, 2011), je treba staršem večkrat povedati in zagotoviti, da niso zakrivili težav pri svojem otroku (Beganovič, 2011). Pri tem imajo pomembno vlogo tudi medicinske sestre.

Vedenjsko-kognitivna terapija ter trening starševstva pomagata staršem razvijati strategije za boljše razumevanje in shajanje v domačem okolju, za izboljšanje medsebojne komunikacije, dobrih odnosov (Rotvejn Pajič, 2015; Daley et al., 2014; Maček, Anderluh, 2011). Kot navaja Belec (2016), sodelovanje v skupini staršem omogoča učenje praktičnih vzgojnih strategij, lahko izmenjavajo izkušnje vsakodnevnega življenja z drugimi starši otrok z ADHD ter se razbremenijo stisk zaradi vzgojne nemoči. Koerting in sodelavci (2013) pravijo, da komponenta starševstva šteje za pomembno pri vseh v otroka usmerjenih pristopih, kjer starši krepijo ustrezno vedenje otrok in spodbujajo pozitivne interakcije. V svetu so na voljo številni treningi starševstva in dokazi iz sistematičnih pregledov kažejo na izboljšanje številnih težav. Te pa vključujejo tudi izboljšanje splošnega počutja otrok in staršev, interakcije med starši in otroci, zmanjšanje depresije pri materah, zmanjšanje stresa, zmanjšanje nesoglasja z otroki in agresije. Kljub temu opažajo, da učinkovitost starševskih programov v svetu omejujejo številni dejavniki, ki vplivajo na začetek in nadaljnje

sodelovanje v programih. Med njih sodi oddaljenost od mesta izvedbe, skrb za varstvo otrok v času izvajanja, finančne ovire, strah in skrbi, povezane s pomanjkanjem zaupanja, sramežljivost, zaskrbljenost glede sodbe, premalo znanja, stigma, povezana z občutkom, da je motnja povezana s slabim starševstvom in jih bo trajno zaznamovala kot starše.

Otroku z ADHD je šolsko okolje lahko izjemno naporno (Laver-Bradbury, 2012). Potrebuje prilagoditve in pomoč pri šolskem delu. Edukacija učiteljev o motnji, upoštevanje priporočil za delo z otrokom in ne nazadnje pripravljenost učiteljev lahko zmanjšajo frustracije zaradi zahtev šole (Woogd, 2014; Pulec Lah, 2013). Kot navaja Košak Babuder (2017), otroci razvijejo kompenzacijske strategije z ustreznimi oblikami dela in treningi. Te so jim v pomoč pri spopadanju s težavami, ki so posledica specifičnih učnih težav in motenj.

Težave v socialnih interakcijah, zavračanje sovrstnikov in socialna izolacija so težave, ki so pogoste pri otrocih z ADHD (Smitha et al., 2014). Golden in sodelavci (2017) ugotavljajo koristnost učenja socialnih veščin za otroke z ADHD pri pregledu literature o študijah, ki so jih opravili različni raziskovalci na področju socialnih veščin. Menijo, da bi se intervencije socialnih veščin lahko umestile tudi v proces zdravstvene nege.

Medikamentozno zdravljenje zavračajo marsikateri starši in otroci. Odločitev, da bi njihovi otroci jemali zdravila, je za starše težka. K odločitvi o uporabi zdravil prispevajo številni dejavniki. Šola je na splošno en vidik, ki ga pri odločitvi upoštevajo starši (Laver-Bradbury, 2013). Kljub dokazu o učinkovitosti zdravil precejšen odstotek otrok z ADHD bodisi ne začne zdravljenja z zdravili ali pa ga ne nadaljuje (Cormier, 2012).

Ostali pristopi pri zdravljenju ADHD so usmerjeni k skrbi za dobro počutje, zdrav razvoj otroka. Znano je, da k temu pripomorejo zdravo prehranjevanje, zadostno gibanje, zadosti spanja. Starši so na tem področju najpomembnejši motivatorji, učitelji in dober zgled. Rotvejn Pajič (2015) navaja, da k dobremu počutju otrok z ADHD pripomore tudi preživljanje prostega časa skupaj s starši in sorojenci. Dodaja, da je prosti čas in veselo druženje z otrokom enako pomembno uvrstiti v dnevni urnik kot ostale obveznosti. Vsekakor si tudi starši morajo vzeti čas zase, partnerske odnose, za kar so pogosto prikrajšani v današnjem hitrem tempu življenja. Dobro počutje jim bo dalo moči in zagona za spoprijemanje z novimi izzivi.

Svetovalni centri v večjih mestih po Sloveniji nudijo pomoč otrokom in staršem v obliki svetovanj, načrtovanj pomoči, izvajajo različne oblike terapij (vedenjsko-kognitivna,

družinska, integrativna, gibalna, likovna, podporna terapija ...) ter izobraževanja, namenjena učiteljem, staršem in strokovnjakom (Rotvejn Pajič, 2015). Prav tako jim je ponujena pomoč v sklopu ambulantne dejavnosti. Belec (2016) meni, da se v Sloveniji zdravljenje otrok in mladostnikov z ADHD lahko opredeli kot primer dobre prakse zaradi uporabe z dokazi podprtih terapevtskih pristopov in razvitega modela sodelovanja med strokovnjaki, šolo, starši in prostovoljci. Oviro predstavlja neenakomerna regionalna dostopnost.

- S katerimi težavami se srečujejo družine otrok z ADHD?

Vzgoja v sodobnem času za starše ni enostavna naloga, še posebej ne za starše otrok z ADHD, ki so neprestano soočeni z dejstvom, da njihov otrok ne zadostuje pričakovanjem okolice. Ta ga lahko označi za neprimerne, motečega, nevzgojenega. Ker je otrok vpet v soodvisen odnos z drugimi družinskimi člani, težava otroka zamaje celoten družinski sistem. Številni avtorji (Laugsen et al., 2017, Moen et al., 2011; Foley, 2011) opisujejo, kako družine z nemirnim otrokom doživljajo hude stiske in krize, otrokovo vedenje pogosto vpliva na negativne vzgojne ukrepe staršev in neredko postavlja na preizkušnjo odnos med staršema in odnos z okolico. Pogosto ima eden izmed staršev tudi sam ADHD in še težje zagotovi otroku red in strukturo.

Vzgoja otroka z ADHD zahteva veliko dozo potrpežljivosti, vztrajnosti in doslednosti, izvedba priporočenih vzgojnih napotkov v domačem okolju lahko naletijo na marsikatero oviro. Velikokrat temu botrujejo slabi partnerski odnosi, drugačna gledanja na motnjo, nestrinjanje z vzgojnimi ukrepi ali neuspešno izvedeni ukrepi. Moen in sodelavci (2014b) pravijo, da se starši zaradi vzgojne nemoči lahko obtožujejo, razvijejo občutke krivde in morda želijo opustiti vsa vzgojna prizadevanja.

Otroke z ADHD pogosto sovražijo njihovi sorojenci, saj jih vidijo kot nekoga, ki vzame vso pozornost staršev. Tudi sami imajo lahko težave, vendar so te spregledane zaradi nenehne skrbi za otroka z ADHD. Po navedbah Peasgood (2016) študija o bremenu, ki ga prinaša ADHD, odkriva, da so sorojenci manj zadovoljni z življenjem na splošno in s svojo družino, tudi v primeru, ko otrok nadzira simptome ADHD. Prav tako so najdeni dokazi o povečanem ustrahovanju med brati in sestrami v družinah z otrokom z ADHD.

- Kakšna je vloga medicinske sestre pri nudenju pomoči otroku in njegovi družini?

V Sloveniji profila šolske medicinske sestre ne poznamo. Z otroki z ADHD se medicinska sestra srečuje v bolnišnični in ambulantni dejavnosti ter v patronažnem varstvu. V primeru vključenosti v multidisciplinaren tim je medicinska sestra pomemben član pri obravnavi ADHD. Imeti mora specifična znanja s področja zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in psihosocialne podpore otrokom in njihovim staršem. Beganovič in sodelavci (2011) izpostavljajo, da mora medicinska sestra dobro poznati ADHD, otroku mora znati pomagati pri premagovanju vsakodnevnih težav ter zdravstveno vzgojno delovati na starše, jim posredovati vzgojne napotke, ki jim olajšajo delo z otrokom ter pomagajo spoznati otrokove potrebe in želje. Medicinske sestre, ki sodelujejo v obravnavi, naj nemirnemu otroku nudijo veliko opore in razumevanja.

Pomoč medicinske sestre mora biti usmerjena v otroka, starše in druge družinske člane ter v vzpostavitev in ohranjanje dobrih medsebojnih odnosov. Za nudenje ustrezne pomoči družini mora medicinska sestra poznati družinske razmere, razumeti potrebe posameznih članov družine. Zaupanje in dialog med starši in medicinsko sestro zagotavljata, da starši čutijo razumevanje in so slišani njihovi strahovi in dvomi. Nekaterim staršem veliko pomeni že pogovor, v katerem zaupajo medicinski sestri svoje skrbi, ta jim vrne energijo in moč za opravljanje vsakodnevnih nalog. Drugi potrebujejo zgolj pomiritev in potrditev v starševski vlogi. In prav okrepitev starševske vloge je ena izmed intervencij zdravstvene nege, ki jo izpostavljajo Moen in sodelavci (2014b). Skrb medicinske sestre naj bo usmerjena v zdravje in dobro počutje vseh članov družine. Tako bo zmanjšala neugodne posledice, ki jih lahko prinese motnja.

Medicinska sestra mora biti opora staršem in otroku v času diagnosticiranja in zdravljenja motnje, vir informacij, pedagoginja pri nudenju vzgojnih napotkov, promotorka zdravega življenjskega sloga. Prav tako mora biti zaupna oseba in svetovalec pri iskanju rešitev za spopadanje s težavami in velikokrat tudi most do drugih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu, ki nadalje ukrepajo s ciljem opolnomočenja ne le otrok, ampak tudi staršev. Mnogokrat je skozi otrokov jok ali trmo moč prepoznati stisko starša. Usmerjen pogovor, primeren nasvet in razbremenitev lahko pomirijo starše, umirjen odrasli pa lahko na takšen način deluje tudi na svojega otroka. Z ozaveščanjem o ADHD lahko medicinska sestra zmanjšuje stigme, ki so prepogosto razlog ne iskanja pomoči strokovnjakov.

Zgodnje intervencije zagotavljajo strukturo in okvire za otroka ter omogočajo, da družina ne sprejme negativne vloge in vzorca. Multidisciplinarno sodelovanje na različnih ravneh lahko podpre starše, jim daje večjo moč znotraj starševske vloge ter jih spodbudi, da so odprti partnerji v procesu zdravljenja (Moen et al., 2014b).

6 ZAKLJUČEK

ADHD je motnja, ki pomembno vpliva na otrokov razvoj. Po mnenju avtorjev so najučinkovitejša pomoč psihosocialni pristopi, usmerjeni v otrokovo družinsko in šolsko okolje otroka, sočasno farmakološko zdravljenje pri težje izraženi motnji ter zdrav življenjski slog. Ti so hkrati usmerjeni v oblike pomoči staršem pri vzgoji, natančne in dosledno uporabljene prilagoditve v šolskem okolju in pomoč otroku pri njegovih individualnih potrebah.

Motnja močno vpliva na družinsko življenje. Obravnavo je treba načrtovati celostno in vključiti vse družinske člane. Medicinska sestra je pomembna zaupna oseba v času diagnosticiranja in zdravljenja motnje. Pomoč medicinske sestre mora biti usmerjena v otroka, starše in druge družinske člane ter v vzpostavitev in ohranjanje dobrih medsebojnih odnosov. Medicinska sestra se znajde v vlogi poslušalca in svetovalca, nemega opazovalca in vendar nekoga, ki se mora odzvati strokovno, odgovorno, po potrebi zaščitno, predvsem pa človeško, z odprtim srcem, toplo besedo, sočutnim pogledom in vzgledom.

V prihodnosti bi bilo zanimivo raziskati, koliko se medicinske sestre počutijo usposobljene za nudenje pomoči otrokom z ADHD in njihovim družinam.

7 LITERATURA

Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22(6): 369–77.

doi: 10.1007/s00787-013-0378-x.

AlAzzam M, Suliman M, ALBashtawy M (2016). School nurses' role in helping children with attention-deficit/hyperactivity disorders. *NASN Sch Nurse* 32(1): 36–8.

doi: 10.1177/1942602X16648192.

Anderluh M (2014a). Hiperkinetčna motnja. In: Kržišnik C, Battelino T, eds. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 269–76.

Anderluh M (2014b). Nemirni otroci v šoli. Izobraževalni seminar. 14. in 15. november 2014. Pediatrična klinika Ljubljana.

Beganovič A, Mal B, Mušič D (2011). Obravnava otroka s hiperaktivnostno motnjo. *Slov Pediatr* 18: 46–55.

Dostopno na: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2011_1-2_18_046-053.pdf <13. 12. 2017>.

Belec B (2016). Nefarmakološki pristopi v obravnavi hiperkinetične motnje. In: Dolinšek J, Marčun Varda N, eds. XXVI. srečanje pediatrov, Maribor, 8.–9. april 2016. Maribor: Univerzitetni klinični center, 133–40.

Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Santos Gómez JL, Martínez-Vizcaíno V (2015). The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child Care Health Dev* 41(6): 779–88. doi: 10.1111/cch.12255.

Cormier E (2012). How parents make decisions to use medication to treat their child's ADHD: a grounded theory study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 18(6): 345–56.

doi: 10.1177/1078390312466918.

Cortese S, Brown TE, Corkum P et al. (2013). Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(8): 784–96. doi: 10.1016/j.jaac.2013.06.001.

Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone SV (2016). Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 173(1): 34–43. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15020266.

Dajčman N (2015). Hiperkinetična motnja v otroštvu. VICEVERSA posebna izdaja: 5–15. Dostopno na: <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf> <30. 5. 2017>.

Daley D, van der Oord S, Ferrin M et al. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53(8): 835–47. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.013.

Dolgun D, Savas S, Yazgan Y (2014). Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ment Health Nurs* 21: 601–8. doi: 10.1111/jpm.12114.

DuPaul GJ, Weyandt LL, Janusis GM (2011). ADHD in the classroom: effective intervention strategies. *Theory Pract* 50(1): 35–42. doi: 10.1080/00405841.2011.534935.

Erhart, M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Sawitzky-Rose B, Holling H, Ravens-Sieberer U (2012). Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 21(1): 39–49. doi:10.1007/s00787-011-0230-0.

Foley M (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *J Spec Pediatr Nurs* 16 (1): 39–49. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x.

Golden CT, Nancy GR, Kanchana MK, Kanniammal C, Arullapan J (2017). Effectiveness of social skills intervention in attention deficit hyperactivity disorder - a nursing review. *Int J Nurs Educ* 9(4): 36–41. doi: 10.5958/0974-9357.2017.00093.9.

Gregorič Kumperščak H (2016). Hiperkinetična motnja ali pritisk sodobnega časa. In: Dolinšek J, Marčun Varda N, eds. XXVI. srečanje pediatrov, Maribor, 8.–9. april 2016. Maribor: Univerzitetni klinični center, 127–32.

Heilskov Rytter MJ, Andersen LB, Houmann T et al. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children - a systematic review of the literature. *Nord J Psychiatry* 69(1): 1–18. doi: 10.3109/08039488.2014.92193.

Koerting J, Smith E, Knowles MM et al. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22(11): 653–70. doi: 10.1007/s00787-013-0401-2.

Košak Babuder M (2017). Otroci s specifičnimi učnimi težavami in otroci z motnjo pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti v našem času in prostoru. In: Košak Babuder M, Meglič P, eds. Duševno zdravje otrok današnjega časa. Radovljica: Didakta, 117–32.

Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, Elgaard Sørensen E, Grønkjær M, Rasmussen P (2017). ADHD and everyday life: healthcare as a significant lifeline. *J Pediatr Nurs* 35(1): 105–12. doi: 10.1016/j.pedn.2017.03.001.

Laver-Bradbury C (2011). Detection, assessment and diagnosis of ADHD. *Br J Sch Nurs* 6(9): 428–33.

Laver-Bradbury C (2012). Reduct the social and emotional impact of ADHD. *Br J Sch Nurs* 7(5): 222–6.

Laver-Bradbury C (2013). ADHD in children: An overview of treatment. *Nurs Prescrib* 11(12): 597–601.

- Lycett K, Mensah FK, Hiscock H, Sciberras E (2014). A prospective study of sleep problems in children with ADHD. *Sleep Med* 15(11): 1354–61.
doi: 10.1016/j.sleep.2014.06.004.
- Maček J, Anderluh M (2011). Hiperkinetična motnja. In: Kržišnik C, Battelino T, eds. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 269–76.
- Mangle L (2011). The ADHD integrated care pathway and school nursing. *Br J Sch Nurs* 6(3): 119–22.
- Mikuš Kos A (2017a). Duševno zdravje in duševne motnje v otroškem obdobju. In: Košak Babuder M, Meglič P, eds. Duševno zdravje otrok današnjega časa. Radovljica: Didakta, 28–9.
- Mikuš Kos A (2017b). Delovanje strokovnih služb za varovanje duševnega zdravja otrok. In: Košak Babuder M, Meglič P, eds. Duševno zdravje otrok današnjega časa. Radovljica: Didakta, 307.
- Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B (2011). Contending and adapting every day: norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *J Fam Nurs* 17(4): 441–62. doi: 10.1177/1074840711423924.
- Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B (2014a). Living in family with a child attention hyperactivity disorder: a phenomenographic study. *J Clin Nurs* 23 (21–22): 3166–76. doi: 10.1111/jocn.12559.
- Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML (2014b). Public health nurses' conceptions of their role related to families with a child having attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scand J Caring Sci* 28(3): 515–22. doi: 10.1111/scs.12076.
- Moen Ø, Hedelin B, Hall-Lord, ML (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scand J Public Health*, 43(1): 10–17.
doi: 10.1177/1403494814559803.

- Nafees B, Setyawan J, Lloyd A et al. (2014). Parent preferences regarding stimulant therapies for ADHD: a comparison across six European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 23(12): 1189–200. doi: 10.1007/s00787-013-0515-6.
- Nigg JT (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev* 33(2): 215–28. doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.005.
- NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2017). Bi prepoznali hiperkinetično motnjo? Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/bi-prepoznali-hiperkineticno-motnjo> <21. 12. 2017>.
- Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K et al. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25(11): 1217–31. doi: 10.1007/s00787-016-0841-6.
- Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M et al. (2013). Psihiatrija. 1. izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana 305–6, 385–6.
- Pulec Lah P (2013). Dejavniki učiteljeve usposobljenosti za poučevanje učencev z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Dostopno na: <http://pefprints.pef.uni-lj.si/id/eprint/1467>.
- Pulec Lah S, Rotvejn Pajič L (2011). Spodbujanje učne uspešnosti učencev z učnimi težavami zaradi motnje pozornosti in hiperaktivnosti. In: Košak Babuder M, Velikonja M, eds. Učenci z učnimi težavami. Pomoč in podpora. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 158–75.
- Rotvejn Pajič L (2015). Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok? 2. natis. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Smitha VS, Varghese PK, Dennis DIM, Vinayan KP (2014). Effect of social skill group training in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Amrita Journal of Medicine* 10(2): 1–44.
- Smith AL, Hoza B, Linnea K et al. (2013). Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children. *J Atten Disord* 17(1): 70–82. doi: 10.1177/1087054711417395.

Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 170(3): 275–89.

doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991.

Voogd C (2014). Helping children with ADHD reach their full potencial. *Br J Sch Nurs* 9(3): 126–30. doi: 10.12968/bjsn.2014.9.3.126.

WHO – World health organization (2005). Mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health organization.

Dostopno na:

http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf <13. 12. 2017>.

WHO – World health organization (2014). Mental health: a state of well-being.

Dostopno na: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ <13. 12. 2017>.